



Patient Name / Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

DOB / Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Social Security / Seguro Social: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Address / Direccion: \_\_\_\_\_

1st Phone / Telefono: \_\_\_\_\_ 2nd Phone / Telefono: \_\_\_\_\_

City / Ciudad: \_\_\_\_\_ State / Estado: \_\_\_\_\_ ZIP / Codigo postal: \_\_\_\_\_

Marital Status / Estado Civil: \_\_\_\_\_

EMAIL/Correo electronico: \_\_\_\_\_

Name of Doctor / Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_

Race/Raza: African American Asian Caucasian Hispanic Other \_\_\_\_\_

First day of last menstrual period / primer dia del ultimo periodo: \_\_\_\_\_

Due date/Fecha de parto: \_\_\_\_\_

Height / Estatura : \_\_\_\_\_ Weight / Peso : \_\_\_\_\_

Did you have an **Ultra Screen** (Nuchal Translucency-done at **12** weeks)

Yes No Results: Normal Abnormal Unknown

Did you have an **NIPT** blood test done?

Yes No Results: Normal Abnormal Unknown

Se hizo el examen de **Ultra Screen** (Nuchal Translucency a las **12** semanas)

Si No Resultado: Normal Abnormal No se

Le tomaron examen de la sangre **NIPT**?

Si No Resultado: Normal Abnormal No se

**OBSTETRICAL HISTORY / HISTORIAL OBSTETRICO**

Total number of times you have been pregnant **including this** pregnancy/ Numero total de veces que ha estado embarazada **incluyendo este** embarazo \_\_\_\_\_

Number of **full term deliveries** (37 weeks or more) / Numero de **partos de tiempo completo** (mas de 37 semanas) \_\_\_\_\_ **pre-term/ prematuros** \_\_\_\_\_

Total number of **abortions** / Numero total de **abortos** \_\_\_\_\_ **miscarriages/ perdidas** \_\_\_\_\_

**ectopic pregnancies / embarazos ectopicos** \_\_\_\_\_

Total number of **living** children/ Numero total de hijos **vivientes**: \_\_\_\_\_

Were any of your deliveries by **cesarean section**? Yes No If yes how many: Alguno de sus partos fue por **cesarea**? Si No Si, cuantos: \_\_\_\_\_

Have you given birth to a child with a **birth defect or chromosomal abnormality**?

If yes please explain / Ha dado a luz un hijo con **defectos o anormalidad cromosomica**?

If yes, please explain / Si, porfavor explique: \_\_\_\_\_

Have you had any pain or bleeding with this pregnancy / Ha tenido dolor o sangrado con este embarazo?

Yes/ Si No explain / explique: \_\_\_\_\_

Have you ever had any cervical procedures (ie. Leep, Cone Biopsy) / Ha tenido algun procedimiento o cirugia cervical (ie. Leep, Biopsia) \_\_\_\_\_

Any surgeries in the past? Alguna cirugias en el pasado? \_\_\_\_\_

Do you have any **medical problems** (Diabetes, High Blood Pressure, Heart Disease, Abnormal Pap Smear), explain: / Tiene alguna **condicion medica** (Diabetes, Alta presion, Enfermedad cardiaca, Papanicolau anormal), explique: \_\_\_\_\_

Do you take any **medications** other than prenatal vitamins? / Toma algun **medicamento** ademas de las vitaminas prenatales? \_\_\_\_\_

Do you have any known **allergies**? / Tiene alguna **alergias** que usted sepa? \_\_\_\_\_

In case of emergency who do we contact / En caso de emergencia a quien notificamos?

Name-relationship/Nombre-relacion: \_\_\_\_\_

Phone/Telefono: \_\_\_\_\_

Signature/Firma: \_\_\_\_\_ Date/ Fecha: \_\_\_\_\_